

Sundhed, trivsel og udvikling i det første leveår blandt børn i udsatte boligområder

Baseret på data fra Databasen Børns Sundhed

Sanne Pagh Møller
Lis Marie Pommerencke
Bjarne Laursen
Trine Pagh Pedersen

Kolofon

Sundhed, trivsel og udvikling i det første leveår blandt børn i udsatte boligområder
Baseret på data fra Databasen Børns Sundhed

Sanne Pagh Møller
Lis Marie Pommerencke
Bjarne Laursen
Trine Pagh Pedersen

Copyright © 2021
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-545-2
(Revideret juli 2021; angivelse af antal personer i analysen i figur 1-9)

Statens Institut for Folkesundhed
Studivstræde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif

Rapporten kan downloades fra www.sdu.dk/sif

Forord

Social ulighed i børns sundhed, trivsel og udvikling kan have langsigtede negative konsekvenser for de børn, der påvirkes negativt af begrænsede socioøkonomiske ressourcer. Social ulighed kan belyses på forskellige måder, heriblandt ved hjælp af information om børn, der bor i udsatte boligområder. Imidlertid findes der i skrivende stund kun meget få undersøgelser af forskelle i børns sundhed, trivsel og udvikling blandt børn i udsatte boligområder sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder. Derfor kan denne rapport bidrage med ny viden om dette emne med fokus på børns sundhed, trivsel og udvikling i det første leveår. Rapporten henvender sig særligt til sundhedsplejersker og andre fagprofessionelle, der i deres daglige arbejde har kontakt med små børn og deres forældre.

Rapporten er baseret på data fra Databasen Børns Sundhed, hvor der indgår data om spædbørn fra 34 kommuner i perioden 2015-2018. Resultaterne i rapporten viser forskelle i andelen med bemærkninger i forhold til søvn, sprog/kommunikation, motorisk udvikling og moderens psykiske tilstand samt andelen, der er født lille i forhold til gestationsalder og andelen med overvægt ved seks- til timånedersalderen mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder. Disse forskelle forsvinder imidlertid, når der tages højde for en række mål for forældrenes socioøkonomiske status og sociodemografi.

Rapporten er udarbejdet af akademisk medarbejder Sanne Pagh Møller, videnskabelig assistent Lis Marie Pommerencke, seniorforsker Bjarne Laursen og forsker og projektleder Trine Pagh Pedersen. Tak til postdoc Maria Holst Algren, Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for kritisk gennemlæsning af rapporten og tak til seniorforsker Michael Davidsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for hjælp til oparbejdning af data.

Vi retter en varm tak til de mange sundhedsplejersker, som med deres omhyggelige journalføring har gjort det muligt at udarbejde denne rapport. Desuden vil vi takke Egmont Fonden for bevillingen, sådan at denne rapport kunne realiseres.

Juni 2021



Morten Grønbæk
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Indhold

Sammenfatning	5
Baggrund	6
Definition af udsatte boligområder	7
Formål..	8
Data og metode	9
Sundhedsplejens virke.....	9
Databasen Børns Sundhed.....	9
Anvendte markører for børns sundhed, trivsel og udvikling.....	10
Definition af børn i udsatte boligområder	11
Studiepopulation.....	12
Statistiske analyser.....	14
Resultater	16
Karakteristik af børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder.....	16
Gestationsalder	18
Lille i forhold til gestationsalder.....	19
Bemærkning til søvn	20
Bemærkning til sprog/kommunikation	21
Bemærkning til motorisk udvikling.....	22
Bemærkning til uro/gråd	23
Bemærkning til moderens psykiske tilstand	24
Undervægt.....	25
Overvægt.....	26
Opsamling og diskussion	27
Opsamling	27
Sammenligning med tidligere fund.....	27
Styrker og svagheder ved undersøgelsen.....	28
Implikationer for praksis og forskning.....	30
Referencer	31
Bilag I - Variabelliste	34

Sammenfatning

Denne rapport har til formål at afdække, om børn, der bor i udsatte boligområde, i højere grad får sundhedsplejerskebemærkninger til deres sundhed, trivsel og udvikling i det første leveår end børn, der bor uden for disse områder. Som indikatorer for barnets sundhed, trivsel og udvikling anvendes sundhedsplejerskers bemærkninger til søvn, kommunikation/sprog, motorisk udvikling og uro/gråd samt barnets vægtudvikling. Herudover belyses forskelle i forhold til tidlig fødsel, lille i forhold til gestationsalder og moderens psykiske tilstand, der alle tre er faktorer, der har indflydelse på børns trivsel og udvikling.

Resultaterne viser, at sundhedsplejerskebemærkninger til søvn, sprog/kommunikation, motorisk udvikling og moderens psykiske tilstand samt lille i forhold til gestationsalder og overvægt ved seks- til timånedersalderen i højere grad forekommer blandt børn fra udsatte boligområder end blandt børn uden for udsatte boligområder. Der ses ikke forskelle i forekomsten af bemærkninger til uro/gråd samt for tidlig fødsel og undervægt ved seks- til timånedersalderen mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder.

Dog er forskellene ikke statistisk signifikante, når der tages højde for en række mål for forældrenes socioøkonomiske status og sociodemografi. Dette indikerer, at forskellen i børns sundhed, trivsel og udvikling i høj grad kan forklares ved forældrenes socioøkonomiske status og sociodemografi, og at vi ikke med sikkerhed kan finde, at det at bo i et udsat boligområde har en særskilt betydning.

Baggrund

Adskillige studier har påvist social ulighed i sundhed og trivsel blandt både børn og voksne (1-3). For de helt små børn er der i en dansk kontekst f.eks. fundet sammenhænge mellem faktorer som forældres uddannelse, indkomst samt arbejdsmarkedstilknøytning og problematikker i forhold til børns søvn, sprog, motoriske udvikling og forældre-barn relationen i det første leveår (4-6). Endvidere har andre studier fundet sammenhænge mellem de samme faktorer og fødselsvægt, gestationsalder og moderens psykiske tilstand (7, 8). Disse studier er baseret på måling af forældres individuelle socioøkonomiske status, men menneskers sundhed og trivsel kan også påvirkes af omgivelserne (9, 10). Således er det i undersøgelser af social ulighed i sundhed og trivsel blandt børn også relevant at undersøge betydningen af det boligområde, børn vokser op i. Her kan både de fysiske forhold i omgivelserne samt sociale normer i området have betydning for beboernes følelse af tryghed og for deres trivsel (11, 12). For eksempel kan de sociale normer påvirke, hvilke former for adfærd der accepteres i området. Herudover påvirkes den enkeltes oplevelse af tryghed og trivsel i sine omgivelser også af de personlige ressourcer, den enkeltes livssituation samt sociale netværk (11). Disse faktorer kan således udmønte sig i forskelle i både trivsel og sundhed mellem personer i forskellige boligområder.

I denne sammenhæng er såkaldte udsatte boligområder af særlig interesse. Disse er kendetegnet ved at være områder, hvor der er en høj koncentration af beboere med sociale og økonomiske udfordringer. Dog er udsatte boligområder ikke et klart defineret begreb i litteraturen, og der eksisterer derfor en række forskellige definitioner af et udsat boligområde (13). I disse definitioner vil der typisk indgå mål for den socioøkonomiske sammensætning i et boligområde, og herudover kan mål for kriminalitet, boligstørrelse samt beboernes herkomst også indgå i definitionen. Udsatte boligområder og udviklingen i disse har i Danmark været genstand for politisk bevågenhed i en årrække (13). Med baggrund i dette har siddende regeringer løbende udarbejdet lister over udsatte boligområder, ghettoer og hårde ghettoer. Både udsatte boligområder, ghettoer og hårde ghettoer er placeret i almene boligområder, der indeholder lejeboliger, hvor kommunen har betalt en del af opførselsomkostningerne og derfor selv kan anvise beboere til en del af boligerne i området. Forskellen mellem henholdsvis udsatte boligområder, ghettoer og hårde ghettoer ligger i, hvor hårdt socialt belastet området er, og udsatte boligområder er således mindre socialt belastede end ghettoer og hårde ghettoer.

Studier af boligområders betydning for menneskers trivsel og sundhed bygger på teorier om, at de områder, man bor i, kan påvirke den individuelle sundhed og trivsel gennem flere forskellige mekanismer. Disse inkluderer faktorer såsom manglende adgang til sundhedsfremmende aktiviteter, oplevet stress ved høj befolkningstæthed samt høje kriminalitetsrater, svage sociale relationer i nærområdet og andre psykosociale påvirkninger (14, 15).

Forskning i boligområders betydning for sundhed og trivsel læner sig sædvanligvis op ad en adskillelse mellem såkaldte *kompositionelle*, *kontekstuelle* og *kollektive* forklaringer (9, 10). *Kompositionelle* forklaringer af sammenhænge mellem, hvor man bor og ens sundhed samt trivsel, er fokuseret på, hvordan *individens* karakteristika og adfærd inden for et område kan forklare sammenhænge, for eksempel om forskelle i personers individuelle uddannelsesniveauer kan forklare en sammenhæng. *Kontekstuelle* forklaringer er fokuseret på, hvordan områdets fysiske og sociale muligheder kan påvirke sundhed og trivsel i en positiv eller negativ retning, for eksempel om manglen på muligheden for at dyrke fysisk aktivitet i grønne områder eller handle sunde madvarer i lokale

forretninger kan forklare en sammenhæng. Endelig er *kollektive* forklaringer fokuseret på de fælles normer, værdier og interesser, der kendetegner et område, og som kan påvirke beboernes sundhed og trivsel, for eksempel om den sociale sammenhængskraft i et område kan forklare en sammenhæng.

Tidligere udenlandske undersøgelser af sammenhængen mellem boligområde og børns sundhed, trivsel og udvikling har fundet sammenhænge i forhold til fødselsvægt, adfærdsvanskeligheder og ulykker (12, 16). Det er således blevet foreslået, at sammenhængene muligvis kan være et resultat af, at når forældre udsættes for stressende omgivelser, har dette negative konsekvenser for både dem selv og deres børn (16). Litteraturen på dette område er imidlertid begrænset, og de fleste studier af sammenhænge mellem boligområder og sundhed og trivsel fokuserer på voksne populationer.

I et studie af voksne danskere er der således fundet sammenhænge mellem det at bo i udsatte boligområder og risikofyldt sundhedsadfærd. Denne sammenhæng sås også, når der blev taget højde for den individuelle socioøkonomiske status blandt de undersøgte personer (17). Ligeledes har udenlandske studier fundet, at når der tages højde for individuel socioøkonomisk status, ses der stadig sammenhænge mellem at bo i et udsat boligområde og selvvurderet helbred samt kronisk sygdom, mens andre studier ingen sammenhænge finder, når der tages højde for den individuelle socioøkonomiske status (10, 12).

En dansk opgørelse af forskelle mellem voksne beboere i almene boligområder og personer, der bor uden for almene boligområder har vist, at beboere i almene boligområder har dårligere fysisk og psykisk helbred samt svagere sociale relationer og risikofyldt sundhedsadfærd sammenlignet med personer, der bor uden for almene boligområder (18). Herudover har personer, der bor i såkaldte ghettoområder, også dårligere mental sundhed og svagere sociale relationer i nærområdet sammenlignet med beboere i almene boligområder (18).

Der mangler imidlertid viden om, hvorvidt der findes forskelle i sundhed, trivsel og udvikling mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder. Det er særligt interessant at undersøge børns sundhed, trivsel og udvikling i det første leveår, da det er en kritisk periode for barnets senere udvikling (19). I denne aldersgruppe kan indikationer for udfordringer med trivsel og udvikling ses ved sundhedsplejerskers bemærkninger til søvn, sprog/kommunikation, motorisk udvikling, uro/gråd samt barnets vægtudvikling. Børns sundhed, trivsel og udvikling, særligt i det første leveår, har imidlertid også en stærk sammenhæng med faktorer som gestationsalder, fødselsvægt og moderens psykiske tilstand (5, 7, 20). Derfor kan viden om disse faktorer også bidrage til en bedre forståelse af forskelle mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder i forhold til sundhed, trivsel og udvikling i det første leveår.

Definition af udsatte boligområder

I denne rapport anvendes Transportministeriets definition af et udsat boligområde, der definerer udsatte boligområder som boligområder, som er præget af sociale problemer. Definitionen har ændret sig gennem undersøgelsens periode, men de kriterier, der er anvendt i de forskellige definitioner, ligner hinanden. Således gjaldt det i perioden 2015-2017, at mindst to af følgende fem kriterier skulle være opfyldt (21):

- Andelen af 18-64-årige uden tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelse overstiger 40 % . (gennemsnit for de seneste 2 år).

- Andelen af indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande overstiger 50 %.
- Antal dømt for overtrædelse af straffeloven, våbenloven eller lov om euforiserende stoffer overstiger 2,7 % af beboere på 18 år og derover (gennemsnit for de seneste 2 år).
- Andelen af beboere i alderen 30-59 år, der alene har en grunduddannelse (inkl. uoplyst uddannelse), overstiger 50 % af samtlige beboere i samme aldersgruppe.
- Den gennemsnitlige bruttoindkomst for skattepligtige i alderen 15-64 år i området ekskl. uddannelsessøgende er mindre end 55 % af den gennemsnitlige bruttoindkomst for samme gruppe i regionen.

I 2018 blev definitionen af udsatte boligområder ændret således, at kriteriet om indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande udgik, og visse procentandele i de øvrige kriterier blev ligeledes ændret. Således opfyldte udsatte boligområder mindst to af følgende fire kriterier (22):

- Andelen af beboere i alderen 18-64 år, der er uden tilknytning til arbejdsmarked eller uddannelse, overstiger 40 % opgjort som gennemsnittet over de seneste to år.
- Andelen af beboere dømt for overtrædelse af straffeloven, våbenloven eller loven om euforiserende stoffer udgør mindst tre gange landsgennemsnittet opgjort som gennemsnit over de seneste to år.
- Andelen af beboere i alderen 30-59 år, der alene har en grunduddannelse, overstiger 60 % af samtlige beboere i samme aldersgruppe.
- Den gennemsnitlige bruttoindkomst for skattepligtige i alderen 15-64 år i området (ekskl. uddannelsessøgende) er mindre end 55 % af den gennemsnitlige bruttoindkomst for samme gruppe i regionen.

For begge definitioner gælder det, at udsatte boligområder skal være almene boligområder med mindst 1.000 beboere.

Formål

Formålet med nærværende undersøgelse er at undersøge, om børn i udsatte boligområde i højere grad får sundhedsplejerskebemærkninger til deres sundhed, trivsel og udvikling i det første leveår, end børn uden for udsatte boligområder. Som indikatorer for barnets sundhed, trivsel og udvikling anvendes sundhedsplejerskers bemærkninger til søvn, sprog/kommunikation, motorisk udvikling, uro/gråd samt barnets vægtudvikling. Herudover belyses forskelle i tidlig fødsel, lille i forhold til gestationsalder og moderens psykiske tilstand, der alle tre er faktorer, der har indflydelse på børns sundhed, trivsel og udvikling.

Data og metode

Sundhedsplejens virke

Det er sundhedsplejens opgave at føre tilsyn og monitorere barnets fysiske og psykiske helbredstilstand samt at tilbyde oplysning og vejledning til børn og forældre med henblik på at fremme børnenes fysiske og psykiske sundhed og trivsel (23). Sundhedsloven angiver rammerne for sundhedsarbejdet i de danske kommuner, og der stilles lovgivningsmæssige krav om almen indsats til alle børn og familier, og yderligere indsats til børn og familier med særlige behov. Der er på skoleområdet desuden et krav om ind- og udskolingsundersøgelser samt regelmæssige undersøgelser og samtaler gennem hele skoleforløbet. Sundhedsplejens indsats kan starte i graviditeten og fortsætter, indtil barnet ikke længere er undervisningspligtigt. Sundhedsstyrelsen udarbejder ligeledes anbefalinger for den kommunale indsats. Disse anbefalinger omfatter et tidligt besøg, der skal sikre barnets trivsel efter en tidlig udskrivelse fra fødestedet. Herefter anbefales fem hjemmebesøg i løbet af barnets første leveår til familier med almene behov. Har familien særlige behov, anbefales det, at der tilbydes ekstra ydelser. Den behovsorienterede indsats ydes ofte i samarbejde med andre faggrupper som for eksempel praktiserende læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter kommunale sagsbehandlere, pædagoger, familieterapeuter og psykologer (23). Det er kommunalbestyrelsen i den enkelte kommune, der fastsætter sundhedsplejens servicetilbud. Således kan antallet af kontakter mellem sundhedsplejersker og børn/familier variere fra kommune til kommune.

Databasen Børns Sundhed

Databasen Børns Sundhed er tilrettelagt således, at den beskriver børns sundhed med udgangspunkt i sundhedsplejerskens virksomhed. Databasen Børns Sundhed indeholder data om nul- til etårige børn fra 2002 og frem. Fra 2007 er databasen suppleret med data om børn, der er indskolingsundersøgt, og fra 2017 med data om unge, der er udskolingsundersøgt. Formålet med databasen er; 1) at monitorere børns sundhed; 2) at monitorere ydelser fra den kommunale sundhedstjeneste; 3) at skabe grundlag for videreudvikling af den kommunale sundhedsplejers ydelser; og 4) at skabe basis for videnskabelige projekter.

Data i Databasen Børns Sundhed er indhentet fra sundhedsplejerskejournaler. Der anvendes to systemer; ét udarbejdet til Solteq Sund-journalsystemet og ét udviklet til NOVAX-journalsystemet. I begge journalsystemer følger sundhedsplejerskerne en journalvejledning og noterer systematisk data om barnet, familien og sundhedsplejens ydelser. Brugen af journalerne er beskrevet andetsteds i detaljerede vejledninger, der løbende justeres og opdateres (24, 25).

Data indsamles ved fire sundhedsplejerskebesøg, som er placeret på centrale tidspunkter for spædbarnets udvikling og trivsel: A-besøget (første hjemmebesøg efter barselsbesøget eller første hjemmebesøg efter barnets fødsel), B-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt to måneder, men inden det fylder tre måneder), C-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt fire måneder, men inden det fylder seks måneder) og D-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt otte måneder, men inden det fylder ti måneder).

Det er frivilligt, om familier ønsker at benytte sig af sundhedsplejens tilbud. Hvis familierne anvender tilbuddene, er der lovpligtig journalføring af sundhedsplejerskerne. Det medfører, at familier i databasekommunerne automatisk indgår i Databasen Børns Sundhed.

Datasikkerhed

De indsamlede journaldata indsendes til Statens Institut for Folkesundhed i henhold til Databeskyttelseslovens § 10. Opbevaringen af data på Statens Institut for Folkesundhed er anmeldt til Syddansk Universitet (SDU Research & Innovation Organisation). Data behandles fortroligt og anvendes udelukkende til forskning og statistiske formål. Det er således udelukkende udvalgte forskere på Statens Institut for Folkesundhed, som har adgang til data, og formidlingen af resultaterne sker således, at det ikke er muligt at identificere enkeltpersoner. Forskerne har i deres arbejde med data ikke adgang til personidentifikation (herunder CPR-nummer). Dette sikres af en dataadministrator, som er særligt autoriseret til dette. Det datasæt, som benyttes til analyserne, rummer ikke oplysninger om navne eller CPR-numre, hverken om børnene, forældrene eller sundhedsplejerskerne.

Anvendte markører for børns sundhed, trivsel og udvikling

Sundhedsplejerskerne registrerer i forbindelse med hjemmebesøgene, hvorvidt der er en bemærkning til en indikator (for eksempel barnets søvn eller moderens psykiske tilstand). En bemærkning betyder, at sundhedsplejersken ved hjemmebesøget har registreret forhold, som kræver opmærksomhed, opfølgning eller i nogle tilfælde henvisning til et relevant kommunalt tilbud eller til yderligere udredning i almen praksis. De anvendte markører for børns sundhed, trivsel og udvikling er baseret på disse bemærkninger samt oplysninger om barnets vægtstatus, gestationsalder, og hvorvidt barnet er lille i forhold til gestationsalder.

Blandt spædbørn er det ikke unormalt, at barnet kan have vanskeligheder i de første levemåneder, der kan gå i sig selv igen. I et forsøg på at ekskludere mange af disse forbigående problemer analyseres der i denne rapport kun på bemærkninger ved otte- til timånedersalderen. Når barnet er otte til ti måneder, forventes det, at barnet har indhentet eventuelle tidlige vanskeligheder, og man undgår derfor, at bemærkningen kan være et udtryk for noget forbigående eller umodenhed. I forbindelse med sundhedsplejerskens hjemmebesøg, når barnet er otte til ti måneder gammelt, vurderer sundhedsplejersken blandt andet, hvorvidt barnets regulation, udvikling samt kontakt og samspil er alderssvarende. Hvis sundhedsplejersken vurderer, at barnet har problemer inden for et bestemt område, registreres dette som en bemærkning i barnets journal.

Sundhedsplejerskerne i databasen registrerer i en standardiseret form, om der er bemærkninger til barnets sundhed, trivsel og udvikling. Der findes i journalsystemerne en lang række markører for dette, og til denne rapport er markørerne motorisk udvikling, søvn, uro/gråd og kommunikation/sprog udvalgt. Journalopbygningen for de to anvendte journalsystemer er ikke ens, men formuleringerne er søgt ensrettet. I denne rapport behandles oplysningerne samlet på tværs af journalsystemer. I de justerede analyser tages der højde for eventuelle journalforskelle ved at justere for kommune.

I det følgende beskrives de anvendte variable, der er markører for børns sundhed, trivsel og udvikling.

Gestationsalder

Oplysninger om gestationsalder er hentet via Det Medicinske Fødselsregister og er koblet til barnet ved hjælp af CPR-nummer. For tidligt fødte børn defineres i denne rapport som børn født før uge 37 i graviditeten.

Lille i forhold til gestationsalder

Betegnelsen *lille i forhold til gestationsalder* er defineret som en fødselsvægt <10 percentilen for gestationsalderen. Beregning af den forventede fødselsvægt for gestationsalderen er baseret på formler udviklet af Maršál et al. (26). Oplysningerne om fødselsvægt er ligesom gestationsalder hentet via Det Medicinske Fødselsregister og er koblet til barnet ved hjælp af CPR-nummer.

Bemærkning til søvn

Sundhedsplejersken vurderer barnets døgnrytme og søvnmønster, og det registreres i journalen, hvis barnet har søvnproblemer, der har negativ indflydelse på barnets spising og trivsel, eller hvis barnets døgnrytme og søvnmønster ikke lever op til den alderssvarende udvikling og barnets behov.

Bemærkning til kommunikation/sprog

Sundhedsplejersken vurderer, om barnets udvikling af kommunikation og sprog er alderssvarende i forhold til for eksempel mimik, pludren og brug af stemmen.

Bemærkning til motorisk udvikling

Sundhedsplejersken vurderer, om barnets motoriske udvikling i forhold til for eksempel kryben, kravlen og kontrol over hænder er alderssvarende, og det registreres i journalen, hvis sundhedsplejersken har bemærkninger til dette.

Bemærkning til uro/gråd

I Solteq Sund-journalen registrerer sundhedsplejersken, om der er bemærkning til uro/gråd. Det kan være, at barnet ikke kan trøstes, at barnet er anspændt og pirreligt, at barnet opleves trist og opgivende, eller hvis der er andre problematiske forhold vedrørende barnets signaler og reaktioner. Dette er ikke registreret systematisk i NOVAX-journaler, og resultaterne præsenteres således kun for Solteq Sund-journaler.

Bemærkning til moderens psykiske tilstand

Sundhedsplejersken vurderer ved sine besøg mors og fars psykiske tilstand. En bemærkning til dette betyder, at sundhedsplejersken ved sin kontakt med familien har registreret noget, som vækker bekymring eller kræver ekstra indsats eller opfølgning. Dette kan for eksempel være tristhed, angst eller søvnproblemer. Da faderen ikke altid er til stede ved sundhedsplejerskens besøg, mangler der information om faderens psykiske tilstand for en del børn. Derfor analyseres der i denne rapport kun på moderens psykiske tilstand.

Vægtstatus

Sundhedsplejersken vejer og måler barnet, og på baggrund af dette kan barnets vækst sammenlignes med WHO's standardkurve for vækst blandt raske børn (27). Baseret på børnenes afvigelse fra denne standardkurve (en såkaldt z-score) kan de inddeles i grupperne undervægtig (z-score på mindre end -2), normalvægtig (z-score mellem -2 og +1), i risiko for overvægt (z-score mellem +1 og +2), overvægtig (z-score mellem +2 og +3) og svært overvægtig (z-score på over +3). I denne rapport undersøges associationer mellem boligområde og undervægt samt overvægtig/svært overvægtig. Disse målinger er blevet foretaget, da barnet har været i seks- til timånedersalderen og altså ikke udelukkende i otte- til timånedersalderen, som de øvrige bemærkninger er foretaget i.

Definition af børn i udsatte boligområder

For at identificere børn, der bor i udsatte boligområder, er der koblet adresseoplysninger på børnene og deres mødre ved hjælp af CPR-numre. Via disse adresseoplysninger er det muligt at

identificere de børn, hvis adresse det første leveår optræder på listen over udsatte boligområder det givne år. Denne kobling er foretaget i Danmarks Statistik, hvor såvel CPR-numre som adresseoplysninger er krypterede. I analyserne behandles børn, hvis mor boede i et udsat boligområde 31. december inden fødslen, og som selv bor i et udsat boligområde 31. december efter fødslen som eksponerede for at bo i et udsat boligområde. Børn, hvis mor ikke boede i et udsat boligområde 31. december inden fødslen, og som selv ikke bor i et udsat boligområde 31. december efter fødslen behandles som referencegruppe i analyserne. Børn, for hvem det gælder, at enten moderen boede i et udsat boligområde 31. december inden fødslen, *eller* barnet bor i et udsat boligområde 31. december efter fødslen (men ikke begge dele), er ekskluderet, da vi ikke ved, om de kun har boet i boligområdet i en kort periode.

Studiepopulation

Analyserne er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om 95.402 børn, der er født i perioden 2015-2018. Dette svarer til 39 % af alle levendefødte børn i Danmark i perioden 2015-2018 (28). Data stammer fra følgende 34 kommuner: Aalborg, Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Brønderslev, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Nogle kommuner indgår med data fra et enkelt år, andre med data fra alle årene afhængigt af, hvor længe kommunen har indgået i databasesamarbejdet. Som ovenfor beskrevet er børn, for hvem det gælder, at enten moderen boede i et udsat boligområde 31. december inden fødslen, *eller* barnet bor i et udsat boligområde 31. december efter fødslen (men ikke begge dele) ekskluderet. Børn, der ikke har boet i Danmark i hele perioden fra 31. december før fødsel til 31. december efter fødsel, er ekskluderet fra analysen.

Rapporten omhandler bemærkninger og målinger blandt børn i otte- til timånedersalderen. Derfor er der kun inkluderet børn, der har oplysninger fra sundhedsplejerskebesøget, der finder sted, når barnet er i denne alder. Dermed består den endelige studiepopulation af 69.611 børn. I tabel 1 ses fordelingen på køn, familietype, forældres alder, forældres herkomst, forældres højest fuldførte uddannelse og forældres erhvervstilknytning blandt børn, der har modtaget besøget i otte- til timånedersalderen og blandt børn, der ikke har modtaget dette besøg. Der ses en tendens til, at børn med få socioøkonomiske ressourcer udgør en større andel blandt dem, der ikke har modtaget besøget i otte- til timånedersalderen, sammenlignet med børn, der har modtaget besøget. Det fremgår også af tabellen, at der blandt børn, der har modtaget besøget i otte- til timånedersalderen, er en større andel, der bor i udsatte boligområder, sammenlignet med børn, der ikke har modtaget besøget. Betydningen af disse forskelle kommenteres i diskussionen.

Der er foretaget sensitivitetsanalyser blandt børn, der har modtaget henholdsvis B-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt to måneder, men inden det fylder tre måneder) eller C-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt fire måneder, men inden det fylder seks måneder). Disse analyser kommenteres i diskussionen.

Tabel 1: Karakteristik af børn, der har modtaget besøget i otte- til timånedersalderen, og børn, der ikke har modtaget besøget.

	Har modtaget besøget i otte- til timåneders- alderen n=69.720 % (n)	Har ikke modtaget besøget i otte- til timåneders- alderen n=18.574 % (n)
Barnets køn		
Pige	48,8 (34.028)	48,9 (9.078)
Dreng	51,2 (35.692)	51,1 (9.496)
Familietype		
Bor med begge forældre	86,6 (60.398)	84,4 (15.682)
Bor ikke med begge forældre	13,4 (9.319)	15,6 (2.888)
Mors alder		
<20 år	0,8 (533)	1,2 (218)
20-29 år	43,9 (30.610)	47,0 (8.731)
30-39 år	51,5 (35.933)	48,7 (9.044)
40 år eller ældre	3,8 (2.641)	3,1 (577)
Fars alder		
<20 år	0,2 (138)	0,3 (58)
20-29 år	30,8 (20.829)	34,8 (6.100)
30-39 år	56,6 (38.287)	54,0 (9.480)
40 år eller ældre	12,4 (8.419)	10,9 (1.903)
Forældrenes herkomst		
Forældre med dansk herkomst	72,9 (50.843)	72,4 (13.452)
Én forælder dansk herkomst og én forælder indvandrer eller efterkommer	10,2 (7.141)	9,2 (1.704)
Forældre indvandrere eller efterkommere	16,8 (11.736)	18,4 (3.418)
Forældrenes højest fuldførte uddannelsesniveau		
Grundskole	6,7 (4.696)	9,1 (1.682)
Erhvervsfaglig uddannelse	17,3 (12.084)	17,0 (3.150)
Almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse	10,0 (6.979)	10,7 (1.979)
Kort eller mellemlang videregående uddannelse	24,6 (17.144)	23,3 (4.321)
Lang videregående uddannelse	35,8 (24.975)	33,1 (6.142)
Oplysninger mangler	5,5 (3.842)	7,0 (1.300)
Forældrenes erhvervstilknytning		
Forældre i erhverv/under uddannelse	80,8 (56.306)	76,4 (14.178)
Én forælder i erhverv/under uddannelse, én ikke i erhverv/under uddannelse	15,5 (10.780)	19,0 (3.531)
Forældre ikke i erhverv/under uddannelse	3,8 (2.633)	4,6 (857)
Boligområde		
Bor uden for udsat boligområde	88,9 (61.973)	91,0 (16.895)
Bor i udsat boligområde	11,1 (7.747)	9,0 (1.679)

I de enkelte analyser er børn kun inkluderet, hvis der er registreret oplysninger om den givne markør for dem. Således er antallet af børn i de individuelle analyser forskelligt. Disse antal fremgår af tabellerne.

Statistiske analyser

I gennem rapporten anvendes to trin i analysen. Første trin er at sammenligne, om andelen, der har et udfald (er født for tidligt, er lille i forhold til gestationsalder, har en bemærkning til søvn, kommunikation/sprog, motorisk udvikling, uro/gråd, eller moderens psykiske tilstand eller har undervægt eller overvægt), er forskellig mellem børn, der bor i udsatte boligområder, og børn, der bor uden for udsatte boligområder.

Resultaterne fra disse analyser formidles som procentandele. For at undersøge, om procentandelene er signifikant forskellige mellem børn i udsatte boligområder og uden for udsatte boligområder, er der foretaget χ^2 tests. At resultatet er signifikant betyder, at forskellen mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder med stor sikkerhed er reel og ikke skyldes tilfældigheder. Det siger ikke noget om, hvorvidt forskellen er så stor, at den er relevant, så størrelsen af forskelle bør også inkluderes i fortolkningen.

Andet trin i analyserne består af multivariate logistiske regressionsanalyser, hvor det undersøges, om der er statistisk signifikante forskelle mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder, der kan forklares af andre forhold. Det kan være forældres socioøkonomiske status, sociodemografiske faktorer eller den kommune, barnet bor i. Resultaterne fra disse analyser formidles som odds ratio (OR). For OR gælder det, at værdien 1,0 svarer til andelen, der har et udfald, blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder. Hvis OR er højere eller lavere end 1,0, betyder det, at andelen af børn, der har et udfald, i udsatte boligområder er henholdsvis større eller mindre end andelen er blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder. Sikkerhedsintervallet (95% CI) viser, om OR er signifikant højere/lavere end 1,0. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0, er OR værdien ikke signifikant forskellig fra børn, der bor uden for udsatte boligområder. OR i denne analyse giver således et mål for, om andelen af børn, der har et udfald, i udsatte boligområder er større eller mindre end andelen er blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder, når der er taget højde for de nævnte faktorer. For eksempel kan analysen vise, om andelen af børn med bemærkninger til søvn er større blandt børn i udsatte boligområder sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder, når der samtidig tages højde for forskelle i forældres socioøkonomisk status og sociodemografi blandt de to grupper af børn. Hvis OR er højere eller lavere end 1,0, betyder det, at andelen af børn, der har et udfald, i udsatte boligområder er henholdsvis større eller mindre end andelen blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder, når der er taget højde for de andre faktorer.

De multivariate logistiske regressionsanalyser er foretaget som multilevel-modeller. Det betyder, at der i analysen tages højde for, at personer, der bor tæt på hinanden, ligner hinanden mere end personer, der ikke bor tæt på hinanden. Denne form for analyse er således ofte anvendt, når man undersøger forskelle mellem personer i geografisk afgrænsede områder. I de gennemførte analyser er der anvendt et niveau, der definerer, hvilken kommune børnene bor i, samt et niveau, der definerer hvilket boligområde inden for kommunerne, som børnene bor i.

Justering for andre forklarende faktorer

Som beskrevet tages der i de multivariate logistiske regressionsanalyser højde for, at andre faktorer kan være med til at forklare forskelle mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder i forhold til de undersøgte udfald. Der tages således højde for faktorer, der kan påvirke sandsynligheden for at bo i et udsat boligområde samt sandsynligheden for

sundhedsplejerskebemærkninger, for tidlig fødsel, at være lille i forhold til gestationsalder, undervægt og overvægt. Formålet med dette er at estimere, om forskelle i andelen med udfald mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder blot afspejler, at personer i udsatte boligområde adskiller sig fra personer, der bor uden for udsatte boligområder på andre parametre. I analyserne justeres der således for forældres uddannelsesniveau, herkomst, beskæftigelsesstatus, samlivsstatus, moderens alder og for kommune. Disse oplysninger er alle registerbaserede og kobles til børnene og deres forældre ved hjælp af CPR-nummer via følgende registre: Det Centrale Personregister, Befolkningsregisteret, Familieregisteret, Indvandringsregisteret, Uddannelsesregisteret og Arbejdsklassifikationsmodulet AKM.

Resultater

I dette afsnit præsenteres først en karakteristik af børn i udsatte boligområder og af børn uden for udsatte boligområder. Herefter præsenteres resultaterne af analyserne af forskelle mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder i forhold til tidlig fødsel, være lille i forhold til gestationsalder, bemærkninger, undervægt og overvægt. Disse præsenteres i figurer med procentandele og i tabeller med procentandele og justerede OR.

Karakteristik af børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder

I tabel 2 ses fordelingen på køn, familietype, forældres alder, forældres herkomst, forældres højest fuldførte uddannelse og forældres erhvervstilknytning blandt børn, der bor i udsatte boligområder, og blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder. Analyserne er baseret på 7.638 børn i 108 udsatte boligområder og 61.973 børn uden for udsatte boligområder. Tabellen viser væsentlige forskelle i fordelingen mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder. Af tabellen ses det således, at blandt børn i udsatte boligområder bor 77,7 % med begge forældre, mens det samme gør sig gældende for 87,8 % af børnene uden for udsatte boligområder. Både for mors alder og for fars alder ved fødslen ses det, at forældrene generelt er yngre blandt børn i udsatte boligområder end blandt børn uden for udsatte boligområder. For forældres herkomst ses det, at blandt børn i udsatte boligområder har 51,0 % forældre, der begge er indvandrere eller efterkommere, mens det samme gør sig gældende for 12,6 % af børnene uden for udsatte boligområder. For forældrenes uddannelsesniveau ses det, at blandt børn i udsatte boligområder har 21,0 % forældre med grundskole som højest fuldførte uddannelse, mens det samme gør sig gældende for 4,9 % af børnene uden for udsatte boligområder. Endelig ses det for forældrenes erhvervstilknytning, at blandt børn i udsatte boligområder har 13,1 % forældre, der ikke er i erhverv eller under uddannelse, mens det samme gør sig gældende for 2,6 % af børnene uden for udsatte boligområder.

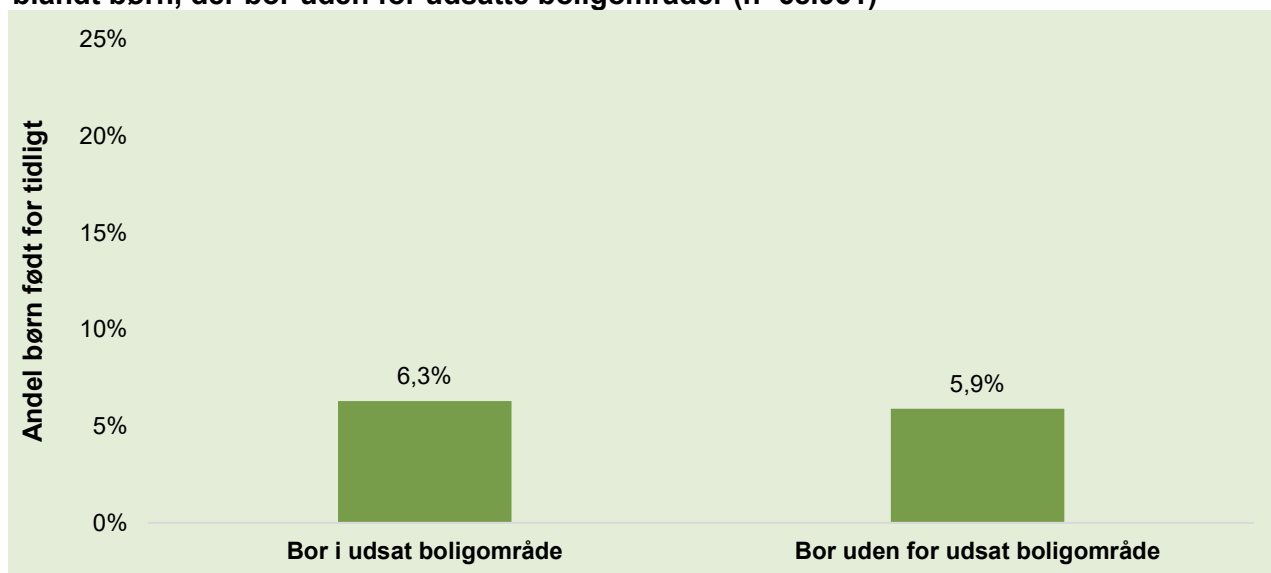
Tabel 2: Karakteristik af børn, der bor i udsatte boligområder, og børn, der bor uden for udsatte boligområder

	Bor i udsat boligområde n=7.638 % (n)	Bor uden for udsat boligområde n=61.973 % (n)
Barnets køn		
Pige	49,4 (3.770)	48,7 (30.203)
Dreng	50,6 (3.868)	51,3 (31.770)
Familietype		
Bor med begge forældre	77,7 (5.934)	87,8 (54.404)
Bor ikke med begge forældre	22,3 (1.702)	12,2 (7.568)
Mors alder		
<20 år	1,6 (119)	0,7 (407)
20-29 år	56,8 (4.335)	42,3 (26.214)
30-39 år	38,7 (2.952)	53,2 (32.941)
40 år eller ældre	3,0 (230)	3,9 (2.410)
Fars alder		
<20 år	0,4 (26)	0,2 (115)
20-29 år	41,0 (2.952)	29,5 (17.824)
30-39 år	46,7 (3.367)	57,8 (34.894)
40 år eller ældre	11,9 (860)	12,5 (7.560)
Forældrenes herkomst		
Forældre med dansk herkomst	39,4 (3.013)	77,1 (47.775)
Én forælder dansk herkomst og én forælder indvandrer eller efterkommer	9,5 (726)	10,3 (6.401)
Forældre indvandrere eller efterkommere	51,0 (3.899)	12,6 (7.797)
Forældrenes højest fuldførte uddannelsesniveau		
Grundskole	21,0 (1.606)	4,9 (3.064)
Erhvervsfaglig uddannelse	28,0 (2.139)	16,0 (9.923)
Almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse	14,5 (1.108)	9,4 (5.853)
Kort eller mellemlang videregående uddannelse	15,6 (1.193)	25,7 (15.940)
Lang videregående uddannelse	10,1 (770)	39,0 (24.184)
Oplysninger mangler	10,8 (822)	4,9 (3.009)
Forældrenes erhvervstilknytning		
Forældre i erhverv/under uddannelse	53,8 (4.108)	84,1 (52.125)
Én forælder i erhverv/under uddannelse, én ikke i erhverv/under uddannelse	33,1 (2.529)	13,3 (8.219)
Forældre ikke i erhverv/under uddannelse	13,1 (1.001)	2,6 (1.628)

Gestationsalder

I figur 1 og tabel 3 ses resultaterne af analyser af forskelle i forekomsten af for tidlig fødsel mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder. Af figur 1 ses det, at andelen, der er født for tidligt, ikke er større blandt børn i udsatte boligområder (6,3 %) sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder (5,9 %).

Figur 1: Andelen af børn født for tidligt blandt børn, der bor i udsatte boligområder, og blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder (n=68.931)



Forskellen i andelen af børn født for tidligt er ikke statistisk signifikant.

OR-værdien og konfidensintervallet i tabel 3 viser, at når der tages højde for en række mål for forældrenes egen socioøkonomiske status og sociodemografi, er der ikke en højere forekomst af for tidlig fødsel blandt børn i udsatte boligområder sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder (OR=1,07; 95%CI=0,95-1,22).

Tabel 3: Andele og odds ratio for at blive født for tidligt blandt børn, der bor i udsatte boligområder, og blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder

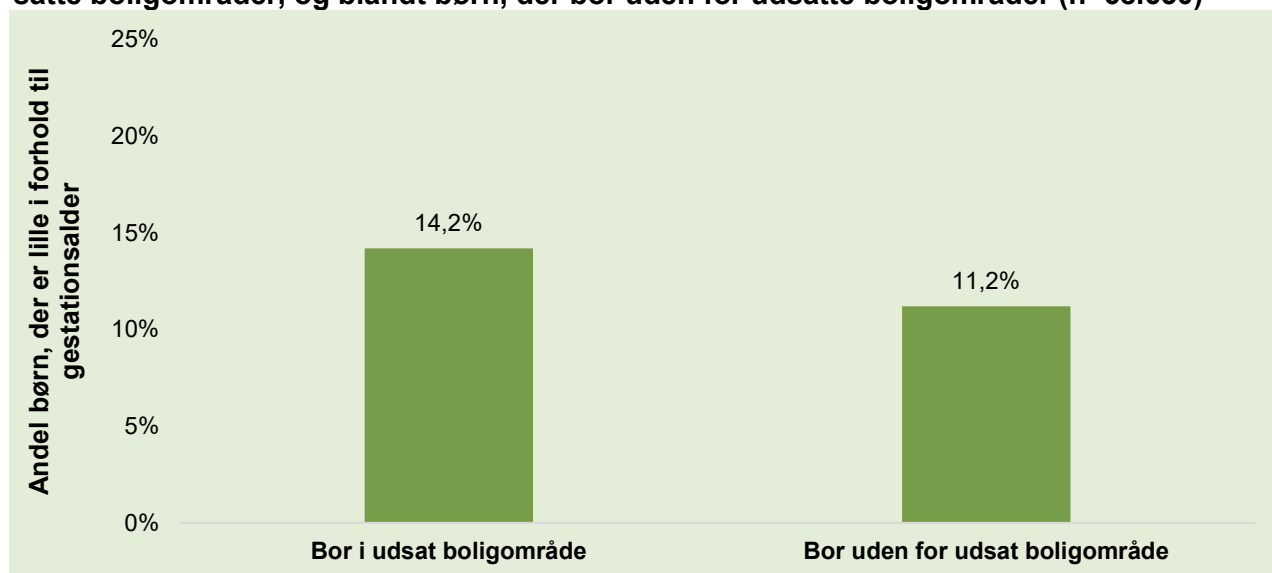
	Født for tidligt % (n)	OR [95%CI] ¹ (n=68.934)
Bor i udsat boligområde	6,3 (477)	1,07 [0,95-,22]
Bor uden for udsat boligområde	5,9 (3.631)	1,00

¹ Justeret for forældres uddannelsesniveau, forældres beskæftigelsesstatus, moderens alder, forældres samlivsstatus, forældres herkomst og kommune.

Lille i forhold til gestationsalder

I figur 2 og tabel 4 ses resultaterne af analyser af forskelle i forekomsten af at være lille i forhold til gestationsalder mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder. Af figur 2 ses det, at andelen, der er lille i forhold til gestationsalder, er større blandt børn i udsatte boligområder (14,2 %) sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder (11,2 %).

Figur 2: Andelen af børn, der er lille i forhold til gestationsalder, blandt børn, der bor i udsatte boligområder, og blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder (n=68.650)



Forskellen i andelen af børn, der er lille i forhold til gestationsalder, er statistisk signifikant.

OR-værdien og konfidensintervallet i tabel 4 viser, at når der tages højde for en række mål for forældrenes egen socioøkonomiske status og sociodemografi, er der ikke en højere forekomst af at være lille i forhold til gestationsalder blandt børn i udsatte boligområder sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder (OR=1,04; 95%CI=0,96-1,13).

Tabel 4: Andele og odds ratio for at være lille i forhold til gestationsalder blandt børn, der bor i udsatte boligområder, og blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder

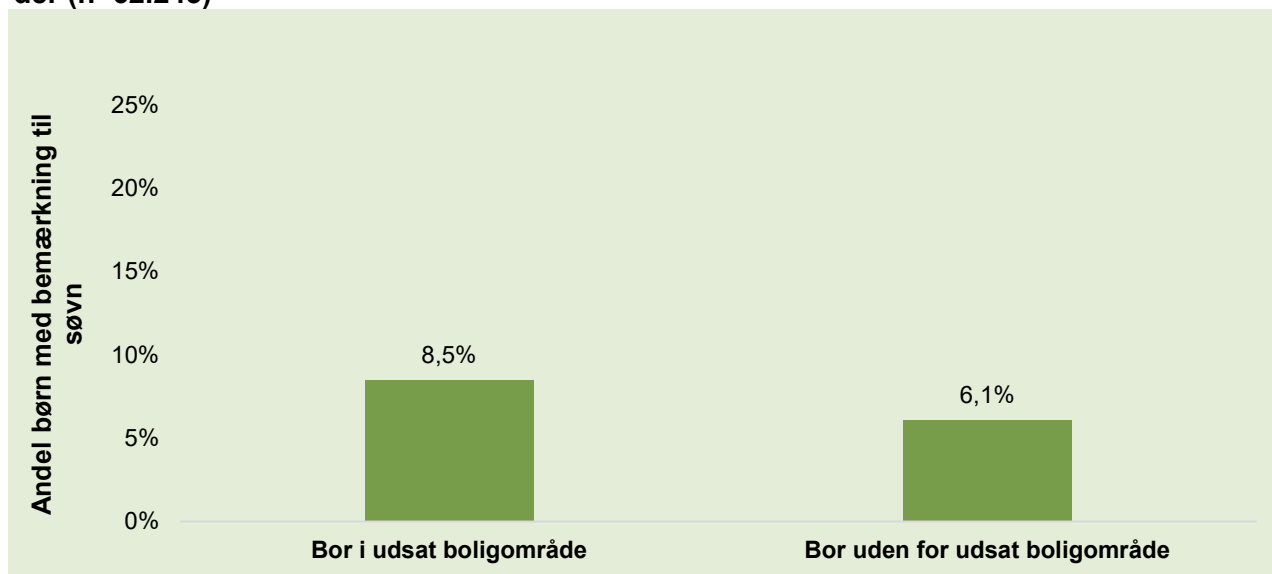
	Lille i forhold til gestationsalder % (n)	OR [95%CI] ¹ (n=68.653)
Bor i udsat boligområde	14,2 (1.072)	1,04 [0,96-1,13]
Bor uden for udsat boligområde	11,2 (6.861)	1,00

¹ Justeret for forældres uddannelsesniveau, forældres beskæftigelsesstatus, moderens alder, forældres samlivsstatus, forældres herkomst og kommune.

Bemærkning til søvn

I figur 3 og tabel 5 ses resultaterne af analyser af forskelle i forekomsten af bemærkninger til søvn mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder. Af figur 3 ses det, at andelen med bemærkninger til søvn er større blandt børn i udsatte boligområder (8,5 %) sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder (6,1 %).

Figur 3: Andelen af børn med bemærkning til søvn ved otte- til timånedersalderen blandt børn, der bor i udsatte boligområder, og blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder (n=62.243)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til søvn er statistisk signifikant.

OR-værdien og konfidensintervallet i tabel 5 viser, at når der tages højde for en række mål for forældrenes egen socioøkonomiske status og sociodemografi, er der ikke en højere forekomst af bemærkninger til søvn blandt børn i udsatte boligområder sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder (OR=1,19; 95%CI=0,96-1,48).

Tabel 5: Andele og odds ratio for at have en bemærkning til søvn ved otte- til timånedersalderen blandt børn, der bor i udsatte boligområder, og blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder

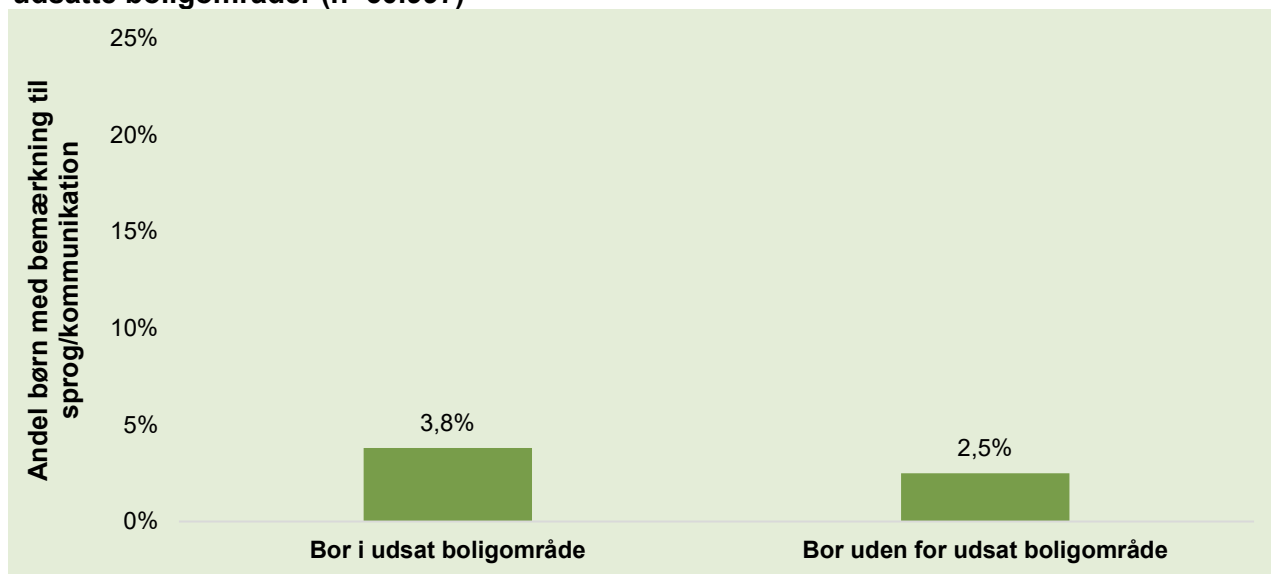
	Har bemærkning % (n)	OR [95%CI] ¹ (n=62.246)
Bor i udsat boligområde	8,5 (604)	1,19 [0,96-1,48]
Bor uden for udsat boligområde	6,1 (3.336)	1,00

¹ Justeret for forældres uddannelsesniveaue, forældres beskæftigelsesstatus, moderens alder, forældres samlivsstatus, forældres herkomst og kommune.

Bemærkning til sprog/kommunikation

I figur 4 og tabel 6 ses resultaterne af analyser af forskelle i forekomsten af bemærkninger til sprog/kommunikation mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder. Af figur 4 ses det, at andelen med bemærkninger til sprog/kommunikation er større blandt børn i udsatte boligområder (3,8 %) sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder (2,5 %).

Figur 4: Andelen af børn med bemærkning til sprog/kommunikation ved otte- til timånersalderen blandt børn, der bor i udsatte boligområder, og blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder (n=60.997)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til sprog/kommunikation er statistisk signifikant.

OR-værdien og konfidensintervallet i tabel 6 viser, at når der tages højde for en række mål for forældrenes egen socioøkonomiske status og sociodemografi, er der ikke en højere forekomst af bemærkninger til sprog/kommunikation blandt børn i udsatte boligområder sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder (OR=1,11; 95%CI=0,87-1,42).

Tabel 6: Andele og odds ratio for at have en bemærkning til sprog/kommunikation ved otte- til timånersalderen blandt børn, der bor i udsatte boligområder, og blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder

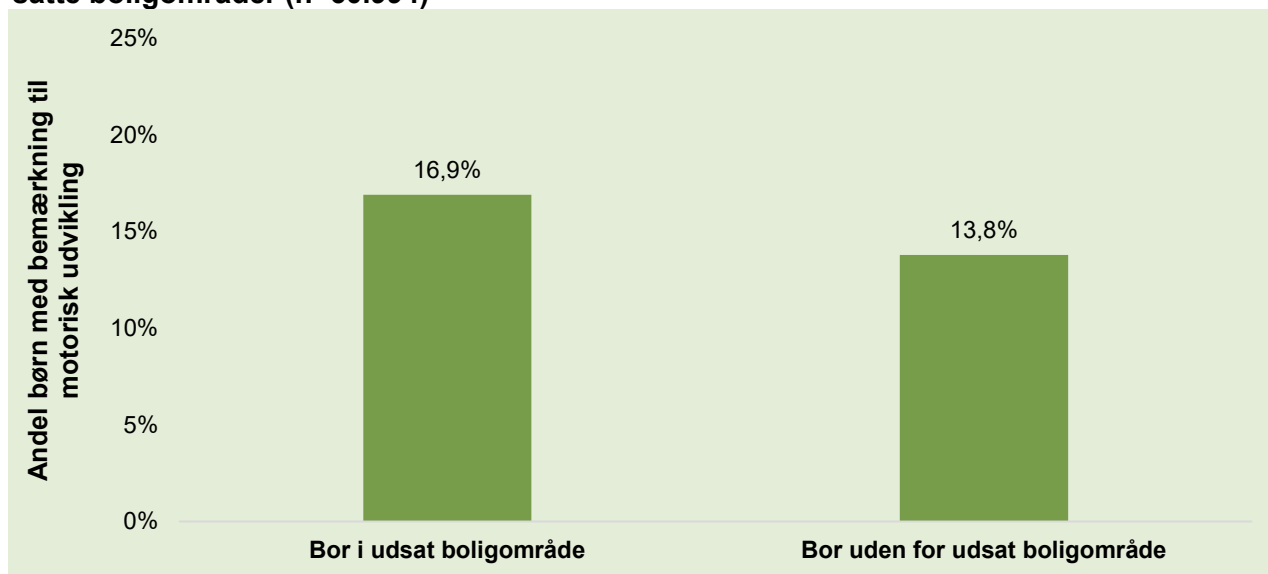
	Har bemærkning % (n)	OR [95%CI] ¹ (n=60.999)
Bor i udsat boligområde	3,8 (261)	1,11 [0,87-1,42]
Bor uden for udsat boligområde	2,5 (1.327)	1,00

¹ Justeret for forældres uddannelsesniveau, forældres beskæftigelsesstatus, moderens alder, forældres samlivsstatus, forældres herkomst og kommune.

Bemærkning til motorisk udvikling

I figur 5 og tabel 7 ses resultaterne af analyser af forskelle i forekomsten af bemærkninger til motorisk udvikling mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder. Af figur 5 ses det, at andelen med bemærkninger til motorisk udvikling er større blandt børn i udsatte boligområder (16,9 %) sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder (13,8 %).

Figur 5: Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, der bor i udsatte boligområder, og blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder (n=60.994)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er statistisk signifikant.

OR-værdien og konfidensintervallet i tabel 7 viser, at når der tages højde for en række mål for forældrenes egen socioøkonomiske status og sociodemografi, er der ikke en højere forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn i udsatte boligområder sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder (OR=1,08; 95%CI=0,99-1,19).

Tabel 7: Andele og odds ratio for at have en bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, der bor i udsatte boligområder, og blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder

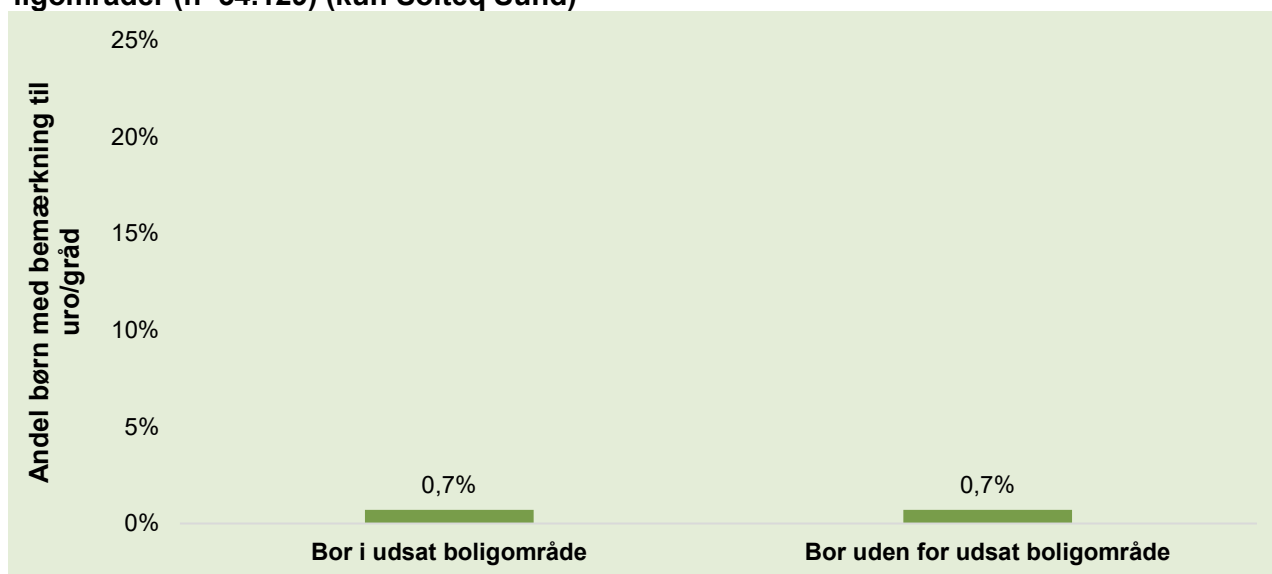
	Har bemærkning % (n)	OR [95%CI] ¹ (n=60.996)
Bor i udsat boligområde	16,9 (1.171)	1,08 [0,99-1,19]
Bor uden for udsat boligområde	13,8 (7.447)	1,00

¹ Justeret for forældres uddannelsesniveaue, forældres beskæftigelsesstatus, moderens alder, forældres samlivsstatus, forældres herkomst og kommune.

Bemærkning til uro/gråd

I figur 6 og tabel 8 ses resultaterne af analyser af forskelle i forekomsten af bemærkninger til uro/gråd mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder. Af figur 6 ses det, at andelen med bemærkninger til uro/gråd ikke er større blandt børn i udsatte boligområder (0,7 %) sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder (0,7 %).

Figur 6: Andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved otte- til timånedersalderen blandt børn, der bor i udsatte boligområder, og blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder (n=34.129) (kun Solteq Sund)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til uro/gråd er ikke statistisk signifikant.

OR-værdien og konfidensintervallet i tabel 8 viser, at når der tages højde for en række mål for forældrenes egen socioøkonomiske status og sociodemografi, er der ikke en højere forekomst af bemærkninger til uro/gråd blandt børn i udsatte boligområder sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder (OR=1,05; 95%CI=0,68-1,63).

Tabel 8: Andele og odds ratio for at have en bemærkning til uro/gråd ved otte- til timånedersalderen blandt børn, der bor i udsatte boligområder, og blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder (kun Solteq Sund)

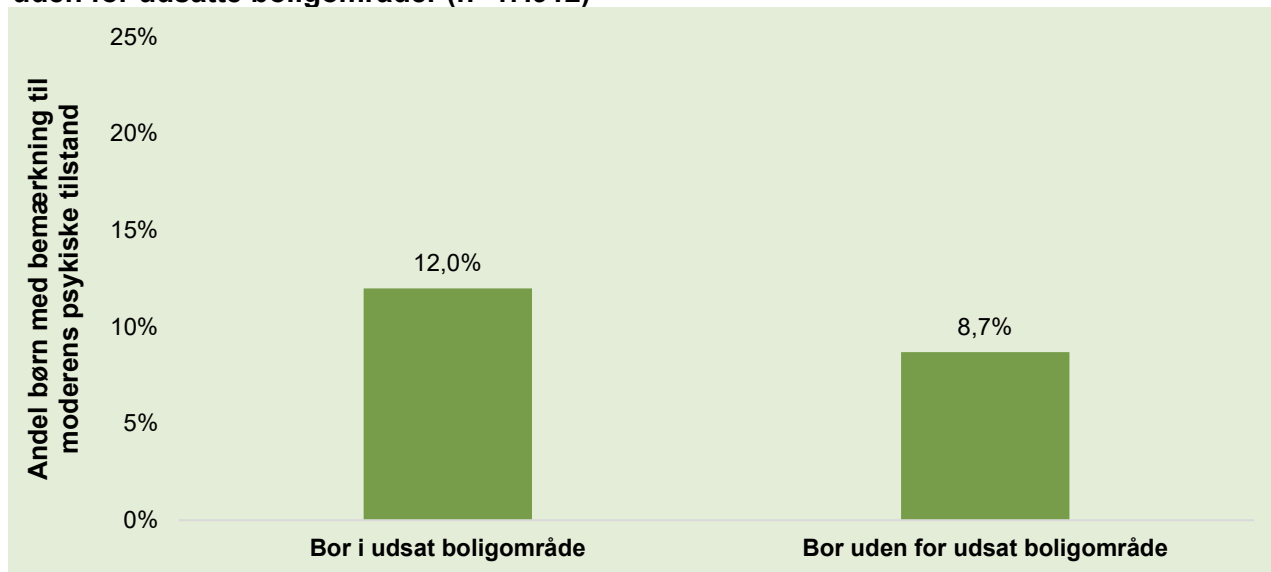
	Har bemærkning % (n)	OR [95%CI] ¹ (n=34.132)
Bor i udsat boligområde	0,7 (34)	1,05 [0,68-1,63]
Bor uden for udsat boligområde	0,7 (169)	1,00

¹ Justeret for forældres uddannelsesniveaue, forældres beskæftigelsesstatus, moderens alder, forældres samlivsstatus, forældres herkomst og kommune.

Bemærkning til moderens psykiske tilstand

I figur 7 og tabel 9 ses resultaterne af analyser af forskelle i forekomsten af bemærkninger til moderens psykiske tilstand mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder. Af figur 7 ses det, at andelen med bemærkninger til moderens psykiske tilstand er større blandt børn i udsatte boligområder (12,0 %) sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder (8,7 %).

Figur 7: Andelen af børn med bemærkning til moderens psykiske tilstand ved otte- til timånedersalderen blandt børn, der bor i udsatte boligområder, og blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder (n=47.912)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til moderens psykiske tilstand er statistisk signifikant.

OR-værdien og konfidensintervallet i tabel 9 viser, at når der tages højde for en række mål for forældrenes egen socioøkonomiske status og sociodemografi, er der ikke en højere forekomst af bemærkninger til moderens psykiske tilstand blandt børn i udsatte boligområder sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder (OR=1,16; 95%CI=0,98-1,38).

Tabel 9: Andele og odds ratio for at have en bemærkning til moderens psykiske tilstand ved otte- til timånedersalderen blandt børn, der bor i udsatte boligområder, og blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder

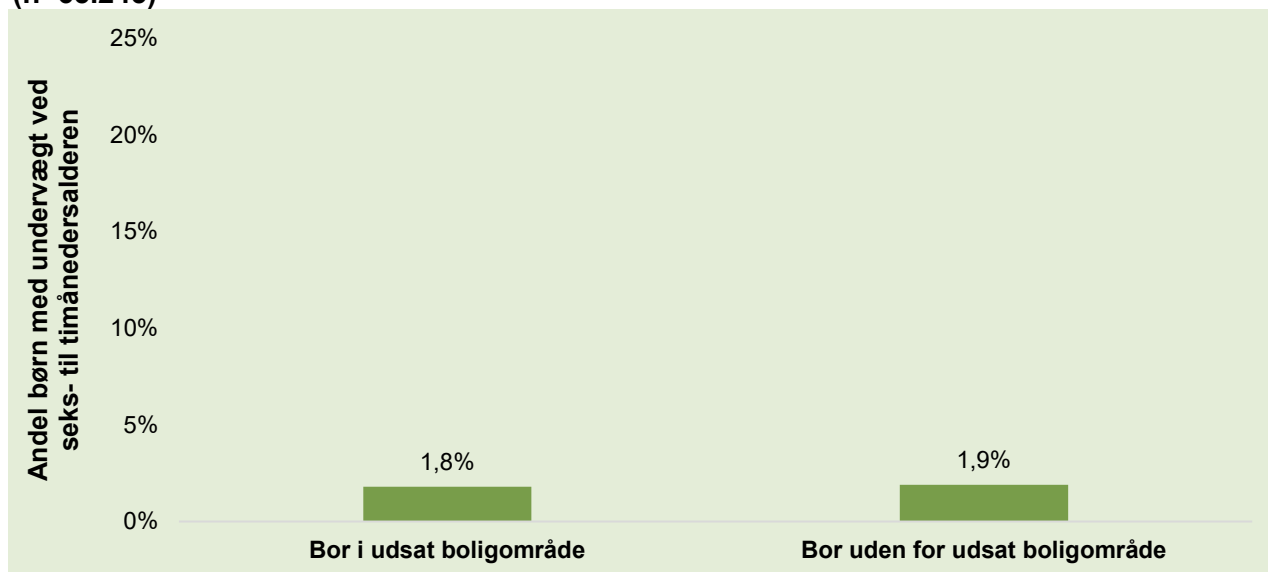
	Har bemærkning % (n)	OR [95%CI] ¹ (n=47.914)
Bor i udsat boligområde	12,0 (734)	1,16 [0,98-1,38]
Bor uden for udsat boligområde	8,7 (3.633)	1,00

¹ Justeret for forældres uddannelsesniveaue, forældres beskæftigelsesstatus, moderens alder, forældres samlivsstatus, forældres herkomst og kommune.

Undervægt

I figur 8 og tabel 10 ses resultaterne af analyser af forskelle i forekomsten af undervægt mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder. Af figur 8 ses det, at andelen med undervægt ikke er større blandt børn i udsatte boligområder (1,8 %) sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder (1,9 %).

Figur 8: Andelen af børn med undervægt ved seks- til timånedersalderen blandt børn, der bor i udsatte boligområder, og blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder (n=65.245)



Forskellen i andelen af børn med undervægt ved seks- til timånedersalderen er ikke statistisk signifikant.

OR-værdien og konfidensintervallet i tabel 10 viser, at når der tages højde for en række mål for forældrenes egen socioøkonomiske status og sociodemografi, er der ikke en højere forekomst af undervægt blandt børn i udsatte boligområder sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder (OR=0,86; 95%CI=0,70-1,07).

Tabel 10: Andele og odds ratio for undervægt ved seks- til timånedersalderen blandt børn, der bor i udsatte boligområder, og blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder

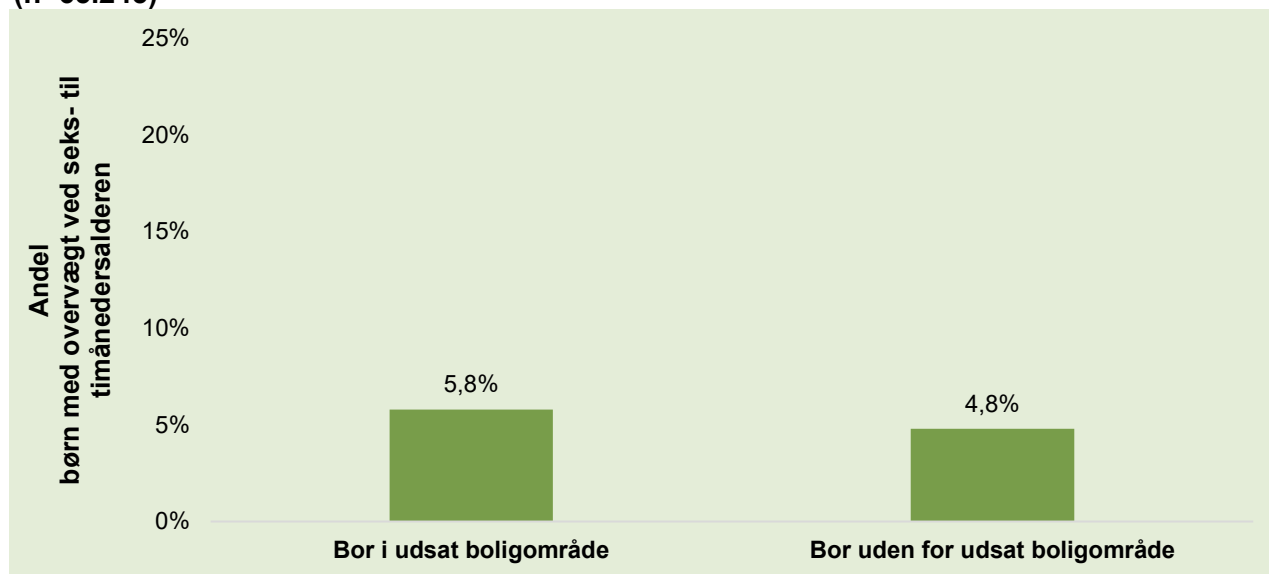
	Har undervægt % (n)	OR [95%CI] ¹ (n=65.246)
Bor i udsat boligområde	1,8 (129)	0,86 [0,70-1,07]
Bor uden for udsat boligområde	1,9 (1.099)	1,00

¹ Justeret for forældres uddannelsesniveau, forældres beskæftigelsesstatus, moderens alder, forældres samlivsstatus, forældres herkomst og kommune.

Overvægt

I figur 9 og tabel 11 ses resultaterne af analyser af forskelle i forekomsten af overvægt mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder. Af figur 9 ses det, at andelen med overvægt er større blandt børn i udsatte boligområder (5,8 %) sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder (4,8 %).

Figur 9: Andelen af børn med overvægt ved seks- til timånedersalderen blandt børn, der bor i udsatte boligområder, og blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder (n=65.245)



Forskellen i andelen af børn med overvægt ved seks- til timånedersalderen er statistisk signifikant.

OR-værdien og konfidensintervallet i tabel 11 viser, at når der tages højde for en række mål for forældrenes egen socioøkonomiske status og sociodemografi, er der ikke en højere forekomst af overvægt blandt børn i udsatte boligområder sammenlignet med børn uden for udsatte boligområder (OR=1,11; 95%CI=0,97-1,27).

Tabel 11: Andele og odds ratio for overvægt ved seks- til timånedersalderen blandt børn, der bor i udsatte boligområder, og blandt børn, der bor uden for udsatte boligområder

	Har overvægt % (n)	OR [95%CI] ¹ (n=65.246)
Bor i udsat boligområde	5,8 (417)	1,11 [0,97-1,27]
Bor uden for udsat boligområde	4,8 (2.796)	1,00

¹ Justeret for forældres uddannelsesniveau, forældres beskæftigelsesstatus, moderens alder, forældres samlivsstatus, forældres herkomst og kommune.

Opsamling og diskussion

Opsamling

Denne rapport har til formål at afdække, om børn, der bor i udsatte boligområde, i højere grad får sundhedsplejerskebemærkninger til deres sundhed, trivsel og udvikling i det første leveår end børn, der bor uden for disse områder. Som indikatorer for barnets sundhed, trivsel og udvikling anvendes sundhedsplejerskers bemærkninger til søvn, kommunikation/sprog, motorisk udvikling og uro/gråd samt barnets vægtudvikling. Herudover belyses forskelle i forhold til tidlig fødsel, lille i forhold til gestationsalder og moderens psykiske tilstand, der alle tre er faktorer, der har indflydelse på børns trivsel og udvikling.

Analyserne viser, at sundhedsplejerskebemærkninger til søvn, sprog/kommunikation, motorisk udvikling og moderens psykiske tilstand samt at være født lille i forhold til gestationsalder og overvægt ved seks- til timånedersalderen i højere grad forekommer blandt børn fra udsatte boligområder end blandt børn uden for udsatte boligområder. De fundne forskelle er ikke statistisk signifikante, når der tages højde for en række mål for forældrenes egen socioøkonomiske status og sociodemografi. Analyserne viser ikke forskelle i forekomsten af bemærkninger til uro/gråd samt for tidlig fødsel og undervægt ved seks- til timånedersalderen mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder.

Således viser resultaterne generelt, at der er forskelle mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder i forhold til sundhed, trivsel og udvikling i det første leveår. Resultaterne viser også, at disse forskelle i høj grad kan forklares ved forskelle i forældrenes individuelle socioøkonomiske status og sociodemografi, og at vi ikke med sikkerhed kan finde, at det at bo i et udsat boligområde har en særskilt indflydelse.

Sammenligning med tidligere fund

Som beskrevet i baggrundsafsnittet er mængden af studier af sammenhænge mellem boligområde og børns sundhed, trivsel og udvikling begrænset. Det har ikke været muligt at identificere undersøgelser blandt børn i det første leveår med undtagelse af undersøgelser af sammenhænge mellem boligområde og fødselsvægt. Disse finder generelt, at børn fra socialt belastede boligområder har højere sandsynlighed for at blive født med lav fødselsvægt sammenlignet med børn fra andre områder (12, 16). Dette stemmer til dels overens med denne rapportes resultater, der viser forskelle i andelen, der er lille i forhold til gestationsalder, men i disse analyser forsvinder forskellene, når der tages højde for forældrenes egen socioøkonomiske status og sociodemografi. I denne rapportes analyser har det dog været muligt at undersøge fødselsvægten, når der samtidig tages højde for gestationsalderen, og derfor kan målet vise andre sammenhænge, end når der udelukkende analyseres på fødselsvægten uanset gestationsalder som i tidligere studier.

Andre tidligere undersøgelser blandt ældre børn har ligesom i denne rapport fundet, at børn fra socialt belastede områder har større sandsynlighed for at opleve kort og dårlig søvn samt udvikle overvægt (29-31). Andre studier blandt ældre børn har fundet sammenhænge mellem boligområde og sandsynligheden for at have adfærdsproblemer eller for at være involveret i ulykker (16). Disse

fund er interessante at sammenligne med, da de undersøgte bemærkninger i denne rapport kan være tidlige signaler om udviklingsudfordringer, som måske på sigt vil kunne øge risikoen for adfærdsproblemer.

De fleste undersøgelser af både søvn, overvægt, adfærdsproblemer og ulykker har ligeledes fundet, at noget af forskellen ikke kan forklares ved forældres individuelle socioøkonomiske status (16, 29-31). De nævnte undersøgelser er imidlertid baseret på børn i særligt amerikanske boligområder, hvor uligheden mellem boligområder kan være væsentligt større, end det ses i en dansk kontekst. Sammenhænge er dog også fundet i europæiske boligområder, hvor forskellen mellem boligområder kan være mere sammenlignelig med en dansk kontekst. Generelt kan nationale forskelle i velfærdspolitik og sundhedsvæsen have indflydelse på sammenligneligheden af denne type undersøgelser mellem lande.

I danske undersøgelser er der tidligere vist sammenhænge mellem boligområde og voksnes trivsel og sundhed. Det er således vist, at beboere i almene boligområder har dårligere fysisk og psykisk helbred samt svagere sociale relationer og risikofyldt sundhedsadfærd sammenlignet med personer, der bor uden for almene boligområder (18). En undersøgelse finder også, at sammenhænge mellem det at bo i udsatte boligområder og risikofyldt sundhedsadfærd stadig kan påvises, selvom der tages højde for den individuelle socioøkonomiske status blandt de undersøgte personer (17).

I denne rapport forsvinder de identificerede forskelle mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder, når der tages højde for forældrenes individuelle socioøkonomiske status og sociodemografi. Dette er på den ene side i modstrid med tidligere undersøgelser, der finder, at sammenhænge med boligområde ikke udelukkende kan forklares med den individuelle socioøkonomiske status. Blandt mulige årsager til denne forskel fra tidligere fund kan nævnes den relativt korte periode, som børnene i denne rapport har boet i udsatte boligområder, og derfor har været påvirket af boligområdet. Herudover kan forskelle i definitionen af udsatte eller belastede boligområder også nævnes som en mulig del af forklaringen på forskellen i forhold til tidligere fund. Endelig bør det på den anden side nævnes, at det også i de fleste tidligere studier ses, at den individuelle socioøkonomiske status forklarer en stor del af sammenhængen mellem boligområde og trivsel samt sundhed blandt børn og voksne.

Styrker og svagheder ved undersøgelsen

Det er en styrke ved denne undersøgelse, at den er baseret på et stort datamateriale. Således indgår der information fra 34 kommuner om børn født i 2015-2018. Da næsten alle børn tilses af en sundhedsplejerske i første leveår, er der næsten ingen udfordringer med bortfald og dertil relaterede bias. Dog har denne undersøgelse udelukkende inkluderet børn, der har modtaget sundhedsplejerskebesøg i otte- til timånedersalderen (såkaldt D-besøg). Derfor er der risiko for, at eventuelle forskelle mellem dem, der modtager et D-besøg, og dem, der ikke gør det, kan skævvride undersøgelsens resultater. Som illustreret i tabel 1 er der en højere andel af børn med få socioøkonomiske ressourcer blandt børn, der ikke har modtaget D-besøget, sammenlignet med børn, der har modtaget D-besøget. Dette kan betyde, at forekomsten af bemærkninger ved D-besøget og sammenhængen med boligområde underestimeres, da bemærkninger er hyppigst forekommende i familier med få socioøkonomiske ressourcer. Det ses også, at andelen, der bor i udsatte boligområder, er større blandt børn, der har modtaget D-besøget, sammenlignet med børn, der ikke har modtaget D-besøget, men også inden for de udsatte boligområder er der en højere andel af børn med få socioøkonomiske ressourcer blandt børn, der ikke har modtaget D-besøget, sammenlignet med børn, der har modtaget D-besøget (disse resultater er ikke vist). Dette kan potentielt forårsage overestimering af sammenhænge. Det er dog værd at bemærke, at langt størstedelen af børnene (79 %) modtager D-besøget.

Årsagen til, at analyserne er foretaget blandt de børn, der har modtaget D-besøget, er, at det ikke er unormalt, at barnet kan have vanskeligheder i de første levemåned, der kan være forbigående og forsvinde af sig selv, når barnet bliver ældre. Når barnet er otte til ti måneder, forventes det, at barnet har indhentet eventuelle tidlige vanskeligheder, og man undgår derfor, at bemærkningen kan være et udtryk for noget forbigående og umodenhed. Derfor er det meningsfuldt alene at analysere på information fra D-besøget. Dog er der foretaget såkaldte sensitivitetanalyser for at undersøge, om analysernes resultater kan forklares med, at analyserne kun er foretaget blandt børn, der har modtaget D-besøget. Disse analyser er foretaget blandt børn, der har modtaget henholdsvis B-besøget eller C-besøget. Analyserne viser generelt samme tendenser som de præsenterede resultater. Således ses der generelt forskelle mellem børn i udsatte boligområder og børn uden for udsatte boligområder i andelen med bemærkninger samt andelen med for tidlig fødsel, lille i forhold til gestationsalder, undervægt og overvægt, men disse forskelle er primært forklaret ved individuelle socioøkonomiske og sociodemografiske forskelle.

Det er en stor styrke ved datamaterialet, at sundhedsplejersken ud fra en standardiseret vejledning og journal vurderer barnets trivsel og udvikling samt forældrenes psykiske tilstand. Sundhedsplejerskerne er specialuddannede på børneområdet, og den enkelte sundhedsplejerske ser rigtig mange spædbørn i deres daglige arbejde. Dette er sammen med vejledningen til sundhedsplejerskerne, om hvordan data skal vurderes og registreres, med til at kvalificere vurderingen af, hvorvidt det enkelte barns trivsel og udvikling er alderssvarende. Sundhedsplejerskens vurdering er systematisk og bygger på stor erfaring. At oplysningerne er indsamlet af sundhedsplejerskerne, betyder også, at undersøgelsen dækker befolkningsgrupper, som ofte ikke besvarer spørgeskemaer.

Man bør dog være opmærksom på muligheden for, at forskellige sundhedsplejersker kan vurdere et givent barn forskelligt. Dette kan særligt være et problem i denne undersøgelse, hvis sundhedsplejersker, der arbejder i udsatte boligområder, vurderer børn anderledes end sundhedsplejersker, der ikke arbejder i udsatte boligområder. Et endnu større problem for undersøgelsen opstår, hvis børn i udsatte boligområder systematisk vurderes anderledes af sundhedsplejersker end børn uden for udsatte boligområder. Hvis der for eksempel skal større tegn på mistrivsel til for, at sundhedsplejersker angiver en bemærkning for børn i udsatte boligområder end for børn uden for udsatte boligområder, vil det betyde, at sammenhængen mellem boligområde og bemærkninger underestimeres. Dog må det have en stor indflydelse, at sundhedsplejerskerne har et fælles fagligt grundlag og følger standardiserede retningslinjer i deres arbejde. Dette kan bidrage til, at problemet med underestimering er mindre i denne undersøgelse end i eksempelvis spørgeskemabaserede undersøgelser, hvor forældre selv skal foretage et skøn over deres barns trivsel, udvikling og sundhed.

En yderligere styrke ved undersøgelsen er koblingen af journaldata med registre. Koblingen med de sociodemografiske registre betyder, at vi har næsten fuldstændige oplysninger om forældrenes herkomst, uddannelsesniveau og arbejdsmarkedstilknytning, hvilket har gjort det muligt at justere analyserne for vigtige faktorer. Det skal pointeres, at denne kobling sker af en dataadministrator, som er særligt autoriseret til dette. Det datasæt, som benyttes til analyserne, rummer ikke oplysninger om navne eller CPR-numre, hverken om børnene, forældrene eller sundhedsplejerskerne.

Endelig bør det nævnes, at det er en styrke, at det har været muligt at foretage multilevel-analyser, der gør det muligt statistisk at tage højde for, at børn, der bor i et afgrænset boligområde, ligner hinanden mere, end de ligner børn, der bor uden for det givne boligområde.

Implikationer for praksis og forskning

Rapportens resultater viser generelt en sammenhæng mellem boligområde og børns sundhed, trivsel og udvikling, der primært forklares ved forældrenes socioøkonomiske status og sociodemografi. Således har resultaterne en række implikationer for praksis i kommunerne. Først og fremmest peger resultaterne på vigtigheden af sundhedsplejerskernes fortsatte arbejde i udsatte boligområde, hvor der lader til at være et særligt behov for besøg fra sundhedsplejersker og opfølgning på eventuelle bemærkninger. Det er dog også værd at bemærke, at denne særlige opmærksomhed ikke bør ske på bekostning af familier med få socioøkonomiske ressourcer, der bor uden for udsatte boligområder. Resultaterne understøtter således ikke, at familier med få socioøkonomiske ressourcer, der bor i udsatte boligområder, har et væsentligt større behov for kontakt med sundhedsplejersker og opfølgning end familier med få socioøkonomiske ressourcer, der bor uden for udsatte boligområder. Desuden er det til stadighed vigtigt at have fokus på den universelle tilgang i sundhedsplejen, da man derigennem når alle familier og børn.

Undersøgelsen har også videnskabelige implikationer. Det er således relevant at undersøge, om der er sammenhæng mellem boligområde og børns sundhed, trivsel og udvikling senere i barndommen. Ved D-besøget er børnene kun i otte- til timånedersalderen, og det er derfor muligt, at påvirkninger af boligområdet på børnenes sundhed, trivsel og udvikling først for alvor manifesteres i en senere alder, hvor børnene har boet i området i en længere periode.

Referencer

1. Ottosen MH, Andreasen AG, Dahl KM, Hestbæk A-D, Lausten M, Rayce SB. Børn og unge i Danmark. Velfærd og Trivsel. VIVE-Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, Copenhagen, Denmark 2018.
2. Rasmussen M, Kierkegaard L, Rosenwein SV, Holstein BE, Damsgaard MT, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2018: Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark. 2019. Report No.: 8778994519.
3. Inchley J, Currie D. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey: World Health Organization; 2016.
4. Pant SW, Pedersen TP, Ammitzbøll J, Holstein BE, Skovgaard AM. Børns mentale helbred og sundhed: en undersøgelse af nul-til otteårige i region hovedstaden i 2002-2017: Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed; 2019.
5. Pedersen T, Pant S, Ammitzbøll J, JKKDBSoSifF, SDU. Sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling i det første leveår-temarapport børn født i 2017. 2019.
6. Pedersen TP, Pant SW, Holstein BE, Ammitzbøll J, Due P. Sundhedsplejerskers bemærkninger til forældre-barn relationen i barnets første leveår: Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed; 2018.
7. Pommerencke LM, Pant SW, Ammitzbøll J, Laursen B, Pedersen TP. Forældres psykiske tilstand i barnets første leveår og betydning for barnets udvikling og trivsel. 2021.
8. Aabakke AJM, Mortensen LH, Krebs L. Socioøkonomiske faktorer har betydning for graviditet og fødsel. Ugeskrift for læger. 2019;181(13).
9. Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? Social science & medicine (1982). 2002;55(1):125-39.
10. Schüle SA, Bolte G. Interactive and independent associations between the socioeconomic and objective built environment on the neighbourhood level and individual health: a systematic review of multilevel studies. PloS one. 2015;10(4):e0123456.
11. Christensen G, Christensen ML, Mehlsen L, Enemark MH, Jakobsen V. Tryghed og trivsel i udsatte boligområder. 2019.
12. Pickett KE, Pearl M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. 2001;55(2):111-22.
13. Jakobsen V, Heide-Jørgensen T, Enemark M. Udsatte boligområder i Danmark 1985-2015. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2020.

14. Meijer M. Neighbourhood Context and Mortality: An overview. In: Stock C, Ellaway A, editors. Neighbourhood Structure and Health Promotion. New York: Springer; 2013. p. 11-38.
15. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global health action*. 2015;8:27106.
16. Sellström E, Bremberg S. The significance of neighbourhood context to child and adolescent health and well-being: a systematic review of multilevel studies. *Scandinavian journal of public health*. 2006;34(5):544-54.
17. Algren MH, Ekholm O, van Lenthe F, Mackenbach J, Bak CK, Andersen PT. Health-risk behaviour among residents in deprived neighbourhoods compared with those of the general population in Denmark: A cross-sectional study. *Health & place*. 2017;45:189-98.
18. Jensen HAR, Davidsen M, Lau CJ, Christensen AI. Sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger 2017-og udviklingen siden 2010. 2018.
19. Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):e232-46.
20. Pant SW, Johansen A. Sundhedsplejerskers bemærkninger til Sprog og kommunikation: Temarapport og årsrapport Børn født I 2015. 2017. Report No.: 8778993806.
21. Udlændinge- Integrations- og Boligministeriet. Liste over udsatte almene boligområder, der kan søge støtte til infrastrukturændringer pr. 1. december 2015. 2015.
22. Transport- Bygnings- og Boligministeriet. Liste over udsatte boligområder pr. 1. december 2018. 2018.
23. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. 2019.
24. Databasen Børns Sundhed. Vejledning til den kvalitetssikrede sundhedsplejerskejournale. Link: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger. 2018.
25. NOVAX. Obligatoriske registreringer i Novax journalen med henblik på deltagelse i Databasen Børns Sundhed. Link: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger. 2017.
26. Maršál K, Persson PH, Larsen T, Lilja H, Selbing A, Sultan B. Intrauterine growth curves based on ultrasonically estimated foetal weights. *Acta Pædiatrica*. 1996;85(7):843-8.
27. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992) Supplement. 2006;450:76-85.
28. Danmarks Statistik. Statistikbanken: Danmarks Statistik; 2021 [Available from: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280>].
29. Bagley EJ, Fuller-Rowell TE, Saini EK, Philbrook LE, El-Sheikh M. Neighborhood Economic Deprivation and Social Fragmentation: Associations With Children's Sleep. *Behavioral sleep medicine*. 2018;16(6):542-52.

30. Schüle SA, von Kries R, Fromme H, Bolte G. Neighbourhood socioeconomic context, individual socioeconomic position, and overweight in young children: a multilevel study in a large German city. *BMC obesity*. 2016;3:25.
31. Li X, Memarian E, Sundquist J, Zöller B, Sundquist K. Neighbourhood deprivation, individual-level familial and socio-demographic factors and diagnosed childhood obesity: a nationwide multilevel study from Sweden. *Obesity facts*. 2014;7(4):253-63.

Bilag I - Variabelliste

Variabel	Data stammer fra	Kategorier
Udsat boligområde	Transportministeriet og Befolkningsregisteret	Bor i et udsat boligområde Bor uden for et udsat boligområde
Gestationsalder	Hentet via Det Medicinske Fødselsregister	Født før uge 37 Født uge 37 eller senere
Lille i forhold til gestationsalder	Hentet via Det Medicinske Fødselsregister	Fødselsvægt <10 percentilen for gestationalderen Fødselsvægt ≥10 percentilen for gestationalderen
Søvn	Sundhedsplejerskejournalen	Bemærkning Ingen bemærkning
Kommunikation/sprog	Sundhedsplejerskejournalen	Bemærkning Ingen bemærkning
Motorisk udvikling	Sundhedsplejerskejournalen	Bemærkning Ingen bemærkning
Uro/gråd	Sundhedsplejerskejournalen	Bemærkning Ingen bemærkning
Mors psykiske tilstand	Sundhedsplejerskejournalen	Bemærkning Ingen bemærkning
Undervægt	Sundhedsplejerskejournalen	Undervægtig (z-score på mindre end -2) Ikke undervægtig (z-score fra -2)
Overvægt	Sundhedsplejerskejournalen	Overvægtig (z-score på over +2) Ikke overvægtig (z-score op til +2)
Sociodemografiske faktorer		
Familietype	Hentet via Familieregisteret	Bor med begge forældre Bor ikke med begge forældre
Mors og fars alder	Hentet via Befolkningsregisteret	<20 år 20-29 år 30-39 år 40 år eller ældre
Forældres herkomst	Hentet via Indvandringsregisteret (IEPE)	Forældre med dansk herkomst Én forælder dansk herkomst og én forælder indvandrer eller efterkommer Forældre indvandrere eller efterkommere
Forældres højest gennemførte uddannelsesniveau	Hentet via Uddannelsesregisteret (UDDA)	Grundskole Erhvervsfaglig uddannelse Almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse

		Kort eller mellemlang videregående uddannelse Lang videregående uddannelse Oplysninger mangler
Forældres erhvervstilknytning	Hentet via Arbejdsklassifikationsregisteret (AKM)	Forældre i erhverv/under uddannelse Én forælder i erhverv/under uddannelse, én ikke i erhverv/under uddannelse Forældre ikke i erhverv/under uddannelse